

自立支援医療(育成医療)治療用装具費の支給申請について

◎ 治療用装具費の支給について

自立支援医療(育成医療)治療用装具費の支給は、指定医療機関の医師が、自立支援医療(育成医療)受給者に対する治療に必要として判断し、健康保険が適用になった場合に対象となるものです。

〈申請に必要な書類〉

① 自立支援医療(育成医療)治療用装具費支給申請書

② 自立支援医療(育成医療)治療用装具費請求書

(①, ②とも医師の記載箇所があります)

③ 治療用装具作成の見積書または領収書(コピー可)

④ 療養費支給決定通知書

(ご加入の健康保険に申請し、支給決定通知を受けてください)

⑤ 自立支援医療受給者証(育成医療)の写し

○ 振込先の銀行口座を確認できるもの

○ 印鑑(スタンプ印不可)

※ ①支給申請書及び②請求書の「金額」及び「日付」の欄は記入しないでください。

- ・ 上記書類を、子ども家庭課にご提出ください。保健と福祉の総合相談窓口、各地区市民センター、各出張所でも提出することができます。

〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5
宇都宮市 子ども部 子ども家庭課
Tel 028-632-2296

自立支援医療（育成医療）治療用装具費支給申請書							
公費負担者番号	1	6	0	9	6	0 2 6	本人氏名
受給者番号							
受給資格者証有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
被保険者証の記号番号				保険者等の名称			
担当医師の意見	病名						
	必要とする装具の種目型式						
	装具を必要とする理由						
	費用見積額	金		円 社会保険負担額		円	
				円 自立支援医療対象額		円	
上記のとおり治療用装具の必要を認める。 令和 年 月 日 指定医療機関名 担当医師名 (印)							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者住所 氏名 (印) (あて先) 宇都宮市長							

記載例

様式第 20 号

自立支援医療（育成医療）治療用装具費支給申請書							
公費負担者番号	1	6	0	9	6	0 2 6	本人氏名
受給者番号	0	1	2	3	4	5 6	宇都宮 花子
受給資格者証有効期間	令和 〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇〇年 〇月 〇日						
被保険者証の記号番号	1 2 3 - 4 5 6 7 8		保険者等の名称		〇〇健康保険組合		
担当医師の意見	病名						
	必要とする装具の種目型式						
	装具を必要とする理由	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>医療機関記入欄</p> <p>記入しないでください。</p> </div>					
	費用見積額	金	円	社会保険負担額	円	自立支援医療対象額	円
	<p>上記のとおり治療用装具の必要を認める。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 ㊟</p>						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 宇都宮市旭 1 - 1 - 5</p> <p style="text-align: right;">氏名 宇都宮 太郎 ㊟</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>							

は医療機関で, は市で記入しますので, 記載しないでください。